

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO DE MEDICAID**

1. No escriba en las áreas con sombra (solo para uso de la oficina).
2. La persona principal asegurada debe llenar este formulario. Conteste TODAS las preguntas. Escribe "NINGUNO" si la pregunta no aplica a usted.
3. La persona principal asegurada debe de enlistar a todas las personas en la Sección A que están solicitando para o que ahora están recibiendo asistencia, y están cubiertas por otro seguro medico, ya sea o no que la persona principal asegurada resida con el grupo familiar.
4. Personas aseguradas completando este formulario que no estén viviendo con dependientes elegibles deben enlistar en la Sección A todos los dependientes que reciben asistencia.
5. Utilice un formulario separado para cada portador/póliza. Solicite formularios adicionales.
6. Cuando finalice el formulario envíelo a su agencia local de servicio social o humano de su condado/tribu.

Proveer o solicitar un Numero de Seguro Social (SSN) es voluntario; sin embargo, cualquier persona que quiera Wisconsin Medicaid y no provee un Numero de Seguro Social o solicita uno, no será elegible para los beneficios. El Número de Seguro Social e información de carácter personal serán usados solo por la administración directa del programa Medicaid.

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

Casehead Name		Case Number
TPL Transaction – Information Being <input type="checkbox"/> Added <input type="checkbox"/> Changed or Ended <input type="checkbox"/> Deleted	Agency Code	Worker Code

**SECCION A – Recipiente**

Numero de ID de Medicaid	Nombre (Apellidos, I Nombre, Inicial II Nombre) Enliste todas las personas que están solicitando cobertura de Medicaid por la póliza descrita en la Sección C.	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)	Relación con la persona principal asegurada (marque una) 1 – si mismo, 2 – Cónyuge, 3 – Hijo(a), 4 – Hijastro(a), 5 – Otro				
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SECCION B – Información de la persona principal asegurada**

Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Major Medicaid <input type="checkbox"/> HMO / HMP / PPO <input type="checkbox"/> Medicare Supplement <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Otro		¿Es la persona principal asegurada un padre o madre ausente? (Padre o madre que continuamente esta fuera del hogar.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la Persona Principal Asegurada (Apellidos, I Nombre, Inicial II Nombre)		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)
Dirección de la Persona Principal Asegurada (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			

**SECCION C – Información del Seguro**

Nombre de la Compañía Aseguradora				
Dirección del la Compañía Aseguradora (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				
Numero de Póliza	Fecha de Inicio de la Póliza (mm/dd/yy)	Fecha de Finalización de la Póliza (mm/dd/yy)	Nombre del Grupo	Numero del Grupo

**SECCION D – Información del Empleador (Llene esta parte si la persona principal asegurada tiene empleo)**

Nombre del Empleador		Número de Teléfono
Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
¿Deben los Reclamos de Seguros ser enviados al empleador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		Solo para uso del Programa Medicaid – Insurance Company or Employer Billing Code

Entiendo que como una condición de elegibilidad de Medicaid, debo reportar a la agencia de servicio social o humano del condado/tribu de cualquier otra persona(s) que puedan ser responsables del pago por cuidado medico para mi familia y mi persona. Yo también debo cooperar dando información para asistir a la agencia de servicio social o humano del condado/tribu para coleccionar cualquier pago de otra(s) persona(s). Entiendo que cualquier beneficio por el costo de cuidado medico que estén disponibles bajo una póliza serán asignados al Estado por ley (s. 632.72, WI Statutes.) durante cualquier periodo de elegibilidad de Medicaid. Entiendo que, entre los 10 días siguientes, debo reportar cualquier cambio en toda la información de arriba. La información de dada arriba es verdadera y completa de acuerdo a mi mejor conocimiento.

<b>FIRMA</b> – Persona Principal Asegurada	Numero de Teléfono	Fecha de la Firma
--	--------------------	-------------------